

DU PHLEGMON
PÉRINÉPHRÉTIQUE
CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Samedi 23 Novembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAOUL MELOU

Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 11 septembre 1887, à Saint-Elie (Loire)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1912

DU PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

chez l'enfant

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 11

DU PHLEGMON

PÉRINÉPHRÉTIQUE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Samedi 23 Novembre 1912

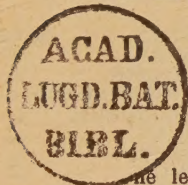
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAOUL MELOU

Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 11 septembre 1887, à Saint-Etienne (Loire)



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale	}	LÉPINE (J).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie	}	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	X.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	}	LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Propédeutique urologique	GAYET	—
Déontologie et médecine professionnelle	(Et.) MARTIN	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND.
COMMANDEUR	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.).
GAYET	VORON	THÉVENOT	GUILLESMAUD
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL	LATARJET	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET Victor, président ; VALLAS, assesseur ; GAYET et THÉVENOT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

A MON NEVEU

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

*Professeur Adjoint des maladies des voies urinaires
Chirurgien Major de l'Antiquaille*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

LÉON THÉVENOT

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

PENDANT L'EXTERNAT

M. NOVÉ-JOSSERAND

Professeur Agrégé à la Faculté, Chirurgien des Hôpitaux

M. DURAND

Chirurgien des Hôpitaux

M. NICOLAS

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

M. LANNOIS

Professeur Adjoint à la Faculté, Médecin des Hôpitaux

M. PAVIOT

Professeur à la Faculté, Médecin des Hôpitaux

M. VORON

Professeur Agrégé à la Faculté, Accoucheur des Hôpitaux

AVANT-PROPOS

Nous accomplissons un devoir bien impérieux, mais bien doux aussi, en remerciant ici ceux qui nous ont aidé dans la longue et difficile tâche que nous a imposée notre éducation médicale. Nos remerciements seront bien loin d'épuiser notre reconnaissance et, fort souvent, notre pensée se reportera vers la Faculté et les Hôpitaux de Lyon où nous avons puisé, avec des connaissances précieuses, l'amour de la profession, où nous avons vu de beaux exemples de labeur infatigable et vu aussi d'inlassables dévouements.

Nos remerciements iront tout particulièrement à M. le Professeur Rochet qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre Jury de thèse.

M. le Professeur Nové-Josserand, qui fut notre premier maître d'externat, a bien voulu nous fournir des documents ; nous lui en exprimons notre plus vive gratitude.

Enfin nous adressons nos bien sincères remerciements à M. le Professeur agrégé Léon Thévenot qui

nous a donné l'idée première de cette thèse. Nous n'oublierons jamais l'aide éclairée que nous avons reçue de lui, en maintes circonstances, depuis le temps déjà éloigné où nous commençons notre médecine. Il nous a fait bénéficier de son expérience ; nous avons, grâce à lui, la grande tranquillité d'esprit que donne l'assurance de trouver quelque part, lorsque cela est nécessaire, le bon conseil qui lève les difficultés. Il nous est bien doux de penser que c'est là un lien nouveau entre nos deux familles, qu'une vieille amitié unit depuis si longtemps.

INTRODUCTION

Le phlegmon périnéphrétique est une affection que l'on rencontre chez l'enfant à titre exceptionnel. Il ne joue, dit Comby, dans son « Traité des maladies de l'enfance », qu'un rôle effacé dans la pathologie de l'enfance. Les anciens auteurs n'en faisaient pas mention, et en 1863, Hallé écrivait dans sa thèse. « Les enfants sont exempts des phlegmons périnéphrétiques, de même que chez eux, les maladies des reins sont très rares. Mais bientôt ces affirmations furent contredites : c'est ainsi que Loeb, en 1874, Rawdon, en 1878, et Weber publièrent des cas de périnéphrite suppurée chez l'enfant ; Lannelongue, Tuffier, Buscarlet en citent des observations, et plus tard, à l'appui de ces faits, des études d'ensemble furent faites, comme le travail de Gibney, en 1880, et la thèse de Nègre, en 1903.

Nous regrettons de n'avoir pu trouver la plupart des observations dont nous parlons, et l'étude que nous présentons aujourd'hui est seulement basée sur les cas de Tuffier, de Buscarlet, la thèse de Nègre et sur deux observations nouvelles. Il s'agit dans le premier

cas, d'un enfant de 9 ans, soigné à l'hospice de la Charité par M. le Professeur Agrégé Thévenot et dans le second, d'une fillette de 2 ans 1/2, traitée par M. le Professeur Agrégé Nové-Josserand, dans son service. Nous montrerons ainsi ce qu'il y avait d'exagéré dans l'affirmation de Hallé.

Avant d'aborder l'étude détaillée de notre sujet nous allons délimiter exactement l'affection qui va nous occuper.

Le terme de périnéphrite, proposé par Rayet, désigne l'inflammation de la capsule cellulo-adipeuse, qui entoure, isole le rein et lui sert en même temps de moyen de fixation. Il existe deux types anatomiques et cliniques différents de périnéphrite, suivant qu'elle aboutit ou non à la suppuration : dans le premier cas, il y a périnéphrite suppurée, et dans le second, périnéphrite scléreuse ou scléro-lipomateuse. Ces deux types ont un caractère étiologique commun, mais nous ne nous occuperons ici que du premier, c'est-à-dire du phlegmon périnéphrétique. En effet, la périnéphrite scléreuse et la périnéphrite scléro-lipomateuse sont constituées par la transformation de la capsule adipeuse du rein en une gangue scléreuse, fibreuse ou scléro-graisseuse. Elles n'apparaissent que tardivement et comme complication secondaire des infections anciennes du rein ; elles ne s'observent donc pas chez l'enfant.

Nous laisserons aussi de côté la périnéphrite tuberculeuse, car elle a une allure et une origine spéciales : elle constitue un véritable abcès froid. La périnéphrite tuberculeuse se distingue du phlegmon

que nous étudions par les signes de tuberculose rénale concomitante, par l'examen des urines (hématurie, pyurie), par les douleurs pendant la miction, par l'examen bactériologique et l'inoculation des urines qui décèlent le bacille de Koch, et aussi par l'état général du malade. La périnéphrite tuberculeuse est une complication relativement fréquente au cours de la tuberculose du rein et sur laquelle MM. Vignard et Thévenot, appelaient récemment encore l'attention dans un article très documenté (*Journal d'urologie médicale*, 15 mars 1912. La tuberculose rénale chez l'enfant.)

CHAPITRE PREMIER.

Anatomie.

Pourquoi cette affection relativement fréquente chez l'adulte est-elle aussi rare chez l'enfant ? Ceci tient à deux conditions : à une disposition anatomique particulière dont nous allons parler immédiatement, et au peu de fréquence d'infections rénales.

La première condition, avons-nous dit, est d'ordre anatomique. Sappey écrit dans son « Traité d'anatomie » : « L'élément adipeux n'existe pas chez le fœtus, il fait également défaut dans les premières années qui suivent la naissance. C'est vers l'âge de 8 à 10 ans qu'il commence à se montrer. On le voit alors s'infiltrer dans les aréoles du tissu conjonctif et devenir de plus en plus abondant ». Mais les recherches de Tuffier « De la capsule adipeuse du rein » (*Revue de chirurgie*, 1890), ont montré à cet auteur que la capsule est constante, quels que soient

l'âge, le sexe, l'état normal ou pathologique du sujet. Elle existe chez les sujets gras aussi bien que chez les sujets émaciés. Elle varie avec l'âge : chez le fœtus et le nouveau-né, elle existe déjà, mais elle n'est représentée que par quelques pelotons adipeux, jaunes, perdus autour de la capsule fibreuse. D'après Glanzenay et Gosset (*Traité d'anatomie humaine* de Poirier et Charpy), ces pelotons sont plus fréquents au niveau de la face postérieure du rein et surtout dans la rainure circulaire qui sépare le rein de la capsule surrénale. D'après Nègre (Thèse 1903), cette atmosphère graisseuse serait plus marquée chez les fillettes que chez les garçons, ce qui explique chez celles-là, aussi bien la fréquence du phlegmon périnéphrétique que la fréquence du rein mobile. Comby, dans son « *Traité des maladies de l'Enfance* » (tome III) dit : « Chez l'enfant, le rein flottant est très rare et je n'ai pu en rencontrer que quatre cas bien nets jusqu'à ce jour. Ces quatre cas d'ailleurs ont été observés dans le sexe féminin ». Nous voyons donc que la cause du phlegmon périnéphrétique, de même que celle du rein flottant, doit être recherchée dans la présence de la graisse périrénale.

Ainsi qu'il ressort de la description de Tuffier, le fait que la graisse périnéphrétique existe chez l'enfant, mais très peu développée, et que d'autre part le sac périrénal se laisse infiltrer davantage par la graisse chez la petite fille que chez le petit garçon, nous explique pourquoi le phlegmon périnéphrétique, ainsi que le rein mobile, est très rare chez les enfants, et plus fréquent chez les fillettes que chez les petits

garçons. Disons aussi que la couche cellulo-adipeuse périrénale est en continuité avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque et du petit bassin.

Ces dispositions anatomiques nous font comprendre pourquoi les cas observés sont d'autant plus rares que le sujet est plus jeune.

La seconde condition du peu de fréquence chez l'enfant du phlegmon périnéphrétique est d'ordre pathologique ; c'est, avons-nous dit plus haut, la rareté des infections du rein chez l'enfant. Nous allons envisager cette question en étudiant les causes prédisposantes et déterminantes du phlegmon périnéphrétique.

CHAPITRE II.

Étiologie.

I. Causes prédisposantes. — Ces causes sont liées à la constitution anatomique de la région, c'est-à-dire à la plus ou moins grande quantité de graisse contenue dans l'enveloppe périrénale.

D'abord l'influence du sexe : les fillettes semblent plus exposées que les garçons. C'est ainsi par exemple que sur 28 cas observés par Gibney, 13 se rapportent à des garçons et 15 à des petites filles. Si nous nous rapportons à notre statistique, nous voyons également que sur six observations que nous publions, quatre se reportent à des fillettes.

Nous avons déjà fait remarquer l'influence de l'âge en signalant que cette affection est très rare chez les nourrissons et les enfants en bas âge, et plus fréquente au contraire chez les enfants plus grands. Ainsi Weber aurait rencontré un cas chez un fœtus ; Gibney

en cite un autre chez un enfant de six semaines ; le petit malade de Buscarlet était âgé de vingt mois.

Les observations que nous rapportons, à part le malade de M. Nové-Josserand, qui n'avait que 2 ans $1/2$, montrent que la plupart des sujets ont dépassé l'âge de six ans.

Quant à la tuberculose, elle provoque des périnéphrites bacillaires, qui ne rentrent dans notre cadre que si elles s'infectent secondairement.

II. Causes déterminantes. — Au point de vue de leur origine, les périnéphrites étaient divisées par Rayet dans son « Traité des Maladies du Rein » en périnéphrites primitives et en périnéphrites secondaires. Mais nous préférons les divisions suivantes en quatre grandes classes :

Périnéphrites d'origine traumatique,

- consécutives à des maladies infectieuses,
- d'origine rénale,
- d'origine intestinale.

Nous éliminons de la sorte les périnéphrites primitives, car dans la première classe, on n'a affaire qu'à un hématome suppuré secondairement, et dans la seconde, pour M. le Professeur Rochet, ces infections ne sont en réalité que la propagation au tissu cellulaire, par continuité ou par contiguité d'une infection plus ou moins latente du rein. Nos deux autres divisions rentrent dans la classe des périnéphrites secondaires de Rayet.

Le traumatisme entre pour une bonne part dans l'étiologie des périnéphrites suppurées. Les plaies

pénétrantes peuvent se compliquer de phlegmon périnéphrétique. Les contusions sont beaucoup plus intéressantes. Tels sont le cas de Buscarlet où le petit malade avait fait une chute sur le dos, et le cas de Nègre où une fillette de six ans était tombée sur le rebord d'un trottoir. Un point à retenir, au point de vue de ces traumatismes, est le grand intervalle qui sépare l'apparition des phénomènes inflammatoires de l'accident ; ce n'est souvent que plusieurs semaines, plusieurs mois et même plusieurs années après le traumatisme, que l'affection éclate. On a affaire à l'infection tardive d'un épanchement sanguin.

A côté de ces contusions, nous pouvons ranger les efforts violents, les mouvements brusques. Un enfant qui va tomber fait un effort violent pour se retenir et ressent une douleur très vive dans la région lombaire ; il se produit alors une rupture musculaire suivie d'épanchement sanguin, qui, comme dans les contusions, suppure secondairement.

Les maladies infectieuses sont souvent l'origine de phlegmons périnéphrétiques. Ainsi la fièvre typhoïde (Tuffier), les oreillons, les fièvres éruptives, telles la scarlatine, la rougeole (Lannelongue), etc. Dans ces cas, nous l'avons déjà dit, « le phlegmon est dû à une infection plus ou moins latente du rein ».

Nous en venons maintenant aux abcès d'origine rénale. Les lésions rénales peuvent se propager à l'atmosphère graisseuse qui entoure le rein, soit par continuité, soit par contiguité ; dans ce dernier cas, c'est par l'intermédiaire des lymphatiques ou des veines que l'infection s'étendrait. Albarran a montré que les

microbes pourraient passer directement à travers la capsule adipeuse suivant la voie lymphatique ou encore à travers le bassinnet.

Parmi ces lésions rénales nous citerons la lithiase rénale et surtout la pyélonéphrite qui du reste est parfois consécutive à une lithiase méconnue.

Enfin les phlegmons pourront encore être d'origine intestinale et dus, soit à des corps étrangers, tels des vers, soit à des infections biliaires et intestinales causées par les calculs du foie ou de la vésicule, plus rarement par des perforations du colon. La cause la plus fréquente sera l'appendicite. Broca a étudié la question dans le *Bulletin médical* du 3 janvier 1895. Nous en signalons un cas emprunté à la thèse de Nègre.

N'oublions pas de signaler les périnéphrites consécutives à des affections pleuro-pulmonaires ; la propagation de l'infection se fait alors par les veines et les lymphatiques qui traversent le hiatus costo-lombaire qui fait communiquer la graisse sous-pleurale avec le tissu adipeux périrénal. Citons encore différentes causes telles que les opérations sur les voies urinaires, les interventions suivies d'infection vésicale.

Quant à l'action du froid sur laquelle on a insisté depuis Gueneau de Mussy, il est facile de se l'expliquer. Le froid serait, comme dans beaucoup d'autres affections, le coup de fouet qui amènerait les accidents inflammatoires, en donnant à une infection jusqu'alors latente une allure plus ou moins aiguë. Mais il est démontré aujourd'hui que le froid n'a pas une action plus directe et ne peut créer de toutes pièces un phlegmon périnéphrétique.

CHAPITRE III.

Anatomie Pathologique.

Quel est, en général, le siège de l'abcès ? L'étude anatomique faite précédemment nous donne la raison de sa localisation à la partie postérieure du rein, car c'est là que la graisse périrénale est en plus grande abondance, la face antérieure étant presque directement recouverte par le péritoine. Chez aucun de nos malades, on ne retrouve le siège antérieur prérénal étudié chez l'adulte par Lejars. Nous ne ferons que citer à propos de ce dernier la division de Roberts qui décrit six régions secondaires, où la suppuration peut se localiser, trois antérieures et trois postérieures comprenant chacune un groupe supérieur, moyen ou inférieur ; il donne même une symptomatologie spéciale pour chacune de ces localisations. Nous préférons la division de Tuffier en phlegmons rétro-rénal, sus-rénal ou sous-diaphragmatique et sous-rénal.

Quand le phlegmon siège en haut, il se met en rapport avec la rate, le foie et principalement avec la plèvre par l'hiatus costo-lombarre dont nous avons déjà parlé. Dans ce dernier cas, le diagnostic peut alors être difficile avec une pleurésie purulente.

Le phlegmon du pôle inférieur a des tendances, par suite de l'anatomie de la région, à fuser vers la fosse iliaque. Mais ces localisations sont rares et nous retiendrons que le pus est étalé à la face postérieure du rein tout entier sans se collecter ni vers son pôle inférieur ni vers son pôle supérieur malgré un développement plus marqué de la graisse à ce niveau. L'abcès est rétro-rénal et total. Les parois de l'abcès sont tapissées par une membrane pyogène souvent pulpeuse et grisâtre ; elles sont anfractueuses et peuvent envoyer des prolongements dans les interstices musculaires adjacents ; la suppuration décolle alors la peau de la région lombaire et nous avons une poche superficielle communiquant par un trajet plus ou moins sinueux avec la collection profonde : c'est l'abcès dit en bouton de chemise. Cet abcès va s'ouvrir la plupart du temps à la région lombaire, au niveau du triangle de J.-L. Petit, point faible de la paroi, plus rarement dans la plèvre ou le colon, exceptionnellement dans le duodénum, le péritoine ou la vessie. Le contenu du phlegmon périnéphrétique varie suivant l'origine et suivant les germes pathogènes. C'est tantôt le pus franchement phlegmoneux, épais, crémeux, tantôt une suppuration séreuse, mal liée, quelquefois glaireuse et filante, mélangée d'urine et contenant alors parfois avec des lambeaux de tissu

conjonctif sphacelé, des calculs d'origine rénale ; on y a même rencontré chez l'adulte des hydatides ou des strongles. Ce pus pourra avoir une coloration rougeâtre par suite de son mélange avec du sang dans le cas d'origine traumatique. C'est en général un pus inodore, à moins qu'il ne soit contigu au tube digestif. S'il est rapproché du colon ascendant ou descendant, il dégage une odeur repoussante. Cette odeur peut être due à des microbes anaérolies et exister sans qu'il y ait ouverture du tube intestinal, ou bien cette ouverture peut avoir existé à une époque quelconque et s'être cicatrisée depuis. C'est ainsi qu'on explique la présence de matières fécales dans le pus sans ouverture visible de l'intestin.

L'examen bactériologique a été très peu pratiqué ; dans la grosse majorité des cas, c'est le coli bacille qui entre en cause (Albarran, Rodet, Tuffier) ; dans quelques cas plus rares, on a constaté l'existence du pneumocoque, du staphylocoque ou du streptocoque. Il est probable que la marche et la gravité des accidents dépendent à la fois de la nature et du degré de virulence de l'agent pyogène.

Nous allons terminer cette étude anatomo-pathologique par quelques mots sur l'état des organes voisins.

Le rein, dans certains cas, présente, nous l'avons dit, des lésions diffuses de pyélonéphrite qui peuvent être le point de départ de l'infection périrénale, quelquefois, il est le siège d'abcès plus ou moins volumineux. Ces lésions bien nettes sont rares, comme nous l'avons déjà fait remarquer, mais nous constaterons,

suivant les idées de M. le Professeur Rochet, que sauf dans les périnéphrites d'origine traumatique, il existe toujours une lésion plus ou moins latente du rein. Ajoutons, comme le fait remarquer Tuffier, que l'influence du phlegmon périnéphrétique sur le rein est exceptionnelle.

Le foie ne se laisse pas envahir par la suppuration, et si, d'après Lancereaux, on trouve à l'opération une suppuration hépatique en même temps qu'un abcès périnéphrétique, ce dernier est toujours secondaire.

La rate, au contraire, peut être atteinte secondairement ; elle se ramollit.

Le pancréas lui-même peut être atteint ; on a signalé des phlegmons de la tête de cet organe qui ont ensuite diffusé dans le tissu cellulaire périrénal.

Le péritoine se défend par la formation de fausses membranes, et il est rare qu'un abcès puisse se rompre dans son intérieur.

L'intestin, nous l'avons déjà dit, peut présenter des lésions récentes ou cicatrisées ; les perforations peuvent être primitives ou secondaires et les ulcérations intestinales infectent plutôt le tissu périrénal par l'intermédiaire des lymphatiques et des veines qu'en versant directement dans son intérieur du pus ou des produits septiques.

CHAPITRE IV.

Symptomatologie.

Cliniquement la périnéphrite peut évoluer d'une façon absolument latente et n'être qu'une trouvaille d'autopsie. Plus souvent elle se manifeste d'une façon aiguë ; mais la connaissance de ses symptômes importe d'autant plus au chirurgien, que vagues et imprécis, ils exposent pendant longtemps à des erreurs de diagnostic.

Le début est très variable. Tantôt il est surtout marqué par des douleurs lombaires et des troubles ou même un arrêt de la marche (Observations II et III) et l'attention est alors assez rapidement portée sur la région lombaire ; tantôt il consiste surtout en malaises généraux : frissons, maux de tête, langue saburrale, fièvre à 38, 39° ; tel est le cas de notre petit malade de l'observation I. On pense alors à une fièvre typhoïde ; on prescrit même des bains, et ce n'est que plus tard,

à l'examen complet du malade, que l'on constate l'existence d'une tuméfaction lombaire.

La douleur présente des caractères spéciaux : elle est rarement continue, elle peut présenter des rémissions de quelques jours ; elle s'exaspère par paroxysmes spontanés. Les mouvements, les pressions, les efforts de toux redoublent la souffrance ; la demi-flexion de la cuisse la diminue : aussi trouve-t-on le petit malade étendu horizontalement, le tronc incliné du côté malade, les cuisses à demi fléchies sur le bassin, dans une attitude qui rappelle celle de la psoïte.

Cette douleur qui d'après Trousseau est d'une grande valeur séméiologique chez l'adulte, et constitue un signe de tout premier ordre, ne peut avoir la même importance chez l'enfant. Monti avait déjà insisté sur ce fait que la périnéphrite passe facilement inaperçue dans le bas âge parce que l'enfant ne se rend pas bien compte de la douleur, et localise mal les sensations qu'il éprouve. De fait cette douleur est au début vaguement localisée par lui dans la région dorso-lombaire, et on pourra tout aussi bien penser à la rachialgie de la variole ou aux douleurs lombaires des fièvres éruptives. Nous reviendrons là-dessus quand nous traiterons du diagnostic.

L'attitude du malade pourrait être d'une plus grande valeur, mais il existe beaucoup d'affections qui obligent le malade à prendre la position indiquée, telles une coxalgie au début ou une psoïte. Nous avons entendu notre maître, M. Rochet, insister volontiers sur cette confusion possible ; l'erreur est d'autant plus facile à commettre que le pus de l'abcès périnéphré-

tique peut descendre dans le bassin en suivant la gaine du psoas. Citons encore à ce propos le malade de Nègre à qui l'on fit une ponction au niveau du psoas, croyant en retirer du pus.

La fièvre revêt différentes formes : tantôt elle présente le type intermittent et peut faire croire à une fièvre paludéenne, tantôt elle est continue, accompagnée d'abattement, telle qu'on l'observe dans la fièvre typhoïde, mais nous aurons dans ces deux cas des éléments de diagnostic dont nous reparlerons.

Cette période de début peut durer très longtemps, et petit à petit la période d'état apparaît. Tous les symptômes déjà signalés s'accroissent, se précisent, la douleur spontanée ou provoquée est alors atroce ; on ne peut soulever l'enfant par les bras sans lui arracher des cris perçants ; par suite de la longue durée de l'infection, la cuisse se fléchit sur l'abdomen en abduction.

Si alors à ce moment, on fait un examen minutieux du petit malade, on perçoit une tumeur périrénale. Elle est au début profonde et difficile à sentir, on la recherche par la palpation bimanuelle et au besoin sous anesthésie ; celle-ci facilitera l'examen par suite du relâchement musculaire, et, d'autre part, en permettant de mobiliser le petit malade. Duplay préconise le decubitus ventral, Le Dentu fait coucher le malade sur le côté sain. On constate l'existence d'une masse immobile, dure, plutôt lombaire qu'abdominale, remplissant l'échancrure ilio-costale lorsque l'on commande au malade de grands mouvements de respiration et qui plus tard, lorsqu'elle sera bien développée, bombera

au niveau du triangle de J. L. Petit et deviendra appréciable à la vue.

La peau ne change que très tardivement de coloration, l'œdème peut n'apparaître que longtemps après et Naudet insiste sur ce fait qu'il n'est pas pathognomonique d'une suppuration. Trousseau en fait au contraire un signe de grande valeur de suppuration profonde. Cependant en général lorsqu'il apparaît, on note de la fluctuation ; celle-ci est très difficile à percevoir et il faut avoir recours aux procédés d'examen de Le Dentu ou Duplay pour la rechercher. En même temps les téguments de la région lombaire présentent une rougeur comme érysipélateuse.

Quand l'abcès prend la disposition en bouton de chemise que nous avons décrite, on constate aisément l'existence d'une poche de pus superficielle qu'il sera facile de réduire par la pression.

A cette période de suppuration, l'état général s'altère rapidement, le petit malade maigrit, devient squelettique, il prend l'aspect des infectés avec facies terreux, langue sèche et rôtie.

CHAPITRE V.

Diagnostic.

Si nous lisons les travaux de Trousseau, de Tuffier, nous voyons que même chez l'adulte, à la période de début, le diagnostic du phlegmon périnéphrétique est des plus difficiles. Il le sera à plus forte raison chez l'enfant, qui, avons-nous dit, analyse très mal les sensations qu'il éprouve. De plus la rareté de cette affection dans le bas âge et la ressemblance de certains symptômes qui la caractérisent avec ceux d'autres affections pourront faire errer le chirurgien. Et cependant il importe d'intervenir au plus vite pour éviter les complications dont nous parlerons plus tard ; aussi est-il nécessaire que le chirurgien ait toujours présents à l'esprit les cas dans lesquels il sera appelé à poser le diagnostic de périnéphrite suppurée et les éléments qui lui permettront d'affirmer ce diagnostic.

Nous allons maintenant étudier, suivant qu'il y a

tumeur ou non, les affections qui ont quelques caractères communs avec celle qui nous intéresse ici.

I. — A la période de début, alors qu'il n'y a pas de tumeur ou que celle-ci passe inaperçue, et qu'il n'existe que de la douleur et de la fièvre, toutes les maladies capables de provoquer un endolorissement de la région lombaire peuvent être mises en cause. Ce sont le lumbago, les névralgies ilio-lombaires, les fièvres éruptives à leur début et surtout la variole.

Le diagnostic avec le lumbago et les névralgies iléo-lombaires, possible chez l'adulte par ce fait qu'il pourra nous dire si la douleur est bilatérale et localisée dans les masses musculaires, ou s'il a des points spéciaux douloureux à la pression, sera souvent impossible chez l'enfant ; seule l'absence de fièvre pourra nous mettre sur la voie.

Quand aux fièvres éruptives et à la variole, la marche de la température et l'évolution des accidents nous feront rapidement éviter l'erreur.

La fièvre revêt-elle un type intermittent, la possibilité d'une fièvre intermittente sera vite écartée par la connaissance des antécédents du malade, la marche de la maladie et par l'inefficacité de la quinine.

La fièvre est-elle continue, accompagnée d'abattement, on pourrait penser à une fièvre typhoïde. Le diagnostic différentiel de ces deux affections peut être alors très difficile, et nous avons la conviction que certains cas étiquetés abcès périnéphrétiques au cours d'une fièvre typhoïde concernent des phlegmons périnéphrétiques dont la phase de début a été interprétée

dothiéntérie. L'absence de taches rosées, de tuméfaction de la rate, de dichrotisme du poulx, un séro-diagnostic négatif sont les éléments principaux de diagnostic.

II. — S'il y a tuméfaction, nous éliminons d'abord tous les abcès superficiels. Ils se différencient nettement par leur situation, par l'absence d'irréductibilité et d'infiltration profonde de la paroi.

Il nous restera alors à faire le diagnostic avec toutes les affections rénales, et surtout la pyonéphrose, d'autant plus que ces deux affections peuvent exister simultanément. Nous retiendrons que la pyonéphrose constitue une tumeur plus arrondie, mieux délimitée, présentant un ballottement net, laissant intacte la peau. D'autre part, elle s'accompagne souvent de pyurie. Rappelons-nous également que le diagnostic se fera surtout en vertu de la loi suivante :

« La pyonéphrose est une tumeur se projetant en avant dans la cavité abdominale, le phlegmon périnéphrétique est une tuméfaction lombaire ». Et cette loi pour Tuffier sera vraie dans tous les cas de tumeur quelconque du rein.

L'hydronéphrose sera facile à différencier par l'absence de fièvre, de douleur et par le volume souvent énorme de la tumeur.

Quant au cancer du rein, qui chez l'enfant, se présente sous la forme de sarcome, l'augmentation de volume énorme de l'organe et l'absence de fluctuation suffisent au diagnostic.

Nous ne ferons que citer les appendicites, les tu-

meurs de l'intestin, de la rate, les anévrysmes de l'aorte abdominale, les tumeurs du foie, de la vésicule biliaire, qui se différencieront en vertu de la loi énoncée plus haut au sujet de la pyonéphrose.

Cependant disons à ce propos que chez les tout jeunes enfants, jusqu'à l'âge de 6 ans environ, le diagnostic avec toutes les tuméfactions citées sera rendu encore plus difficile et souvent même impossible par ce fait que la tumeur n'est pas franchement lombaire; on peut aussi la sentir nettement abdominale comme nous le voyons dans l'observation VI.

Trousseau a insisté sur la hernie lombaire, au niveau du triangle de J. L. Petit. C'est un diagnostic rare.

Enfin il est une dernière collection périrénale qui ressemble au phlegmon périnéphrétique; c'est l'abcès froid de la région. L'absence de phénomènes généraux, la lenteur de l'évolution permettent de les reconnaître.

III. — Quand la tuméfaction aura fusé, nous pourrions alors confondre le phlegmon périnéphrétique avec des suppurations à distance.

Le psoïtis peut faire croire à une périnéphrite comme nous l'indique l'observation II empruntée à Nègre. Cependant dans le psoïtis la rétraction du membre inférieur est plus accusée, la reposition du membre en situation normale est impossible, la pression est douloureuse dans la fosse iliaque et il n'existe ni tuméfaction, ni œdème de la région lombaire.

Quand la suppuration a fusé au loin, du côté du petit bassin, il faudra penser aux suppurations pel-

viennes et rechercher méthodiquement l'origine du pus.

Nous avons jusqu'ici parlé du phlegmon total ; nous dirons un mot du phlegmon partiel sus-rénal. Le diagnostic avec la pleurésie purulente est souvent alors impossible. Le foie est abaissé dans la pleurésie et ne l'est pas dans la périnéphrite. L'intervention seule, la plupart du temps, permettra de faire le diagnostic.

Quand le chirurgien aura affirmé nettement l'abcès périnéphrétique, il devra alors chercher à en reconnaître l'origine, chose importante pour le traitement. Il se basera pour cela sur les commémoratifs, principalement le passé urinaire du malade, les traumatismes, l'état des organes voisins. Il examinera minutieusement le poumon, la plèvre, le rein, l'intestin et l'appendice.

CHAPITRE VI.

Marche et complications.

Nous avons dit dans le chapitre précédent qu'il importait d'intervenir au plus vite. Quelles conséquences peut donc avoir un phlegmon périnéphrétique qu'on laisse évoluer ? Il est rare que les phlegmons périrénaux se terminent par résolution ; en général si on ne livre passage au pus à travers les lombes, la suppuration est la terminaison habituelle.

Dans quelques cas la suppuration pourra se faire jour à la région lombaire, au niveau du triangle de J.-L. Petit, après avoir décollé le tissu cellulaire sous-péritonéal ; mais le plus souvent la propagation se fera en haut, du côté de la plèvre et du poumon. Le petit malade pourra présenter alors tous les signes d'une pleurésie purulente qu'il ne pourra la plupart du temps supporter, l'organisme étant infecté et affaibli. Il pourra, dans certains cas, se produire une pneu-

monie ; ou bien le pus pénétrera dans les bronches et donnera lieu à une vomique.

En bas, la suppuration décolle le péritoine et fuse vers le pli de l'aîne au-dessous de l'arcade crurale ou vers la fesse.

En avant, le pus peut se faire jour au niveau de l'ombilic, rarement dans le péritoine.

L'ouverture de la collection purulente dans l'estomac ou dans le tube digestif est des plus graves. Elle sera suivie de l'expulsion de selles fétides, muco-purulentes ou sanguinolentes.

En même temps que l'on assiste à la propagation de l'infection, on voit l'enfant présenter des signes nouveaux, se cachectiser de plus en plus et le malade meurt rapidement dans une faiblesse extrême. S'il peut résister, il persistera la plupart du temps des fistules à trajets multiples dont la direction et la persistance relèvent pour Tuffier de la localisation de l'atmosphère graisseuse. Ces fistules permettent, dans certains cas, de faire un diagnostic rétrospectif.

Pronostic

La gravité de l'affection est essentiellement liée à ses causes et à l'état général du sujet. Le siège du phlegmon, sa localisation rare d'ailleurs sus ou sous-rénal, ne comporte aucun pronostic spécial.

Quand nous aurons affaire à une périnéphrite suppurée consécutive à une maladie infectieuse ou à un traumatisme, le pronostic dépendra d'une intervention plus ou moins rapide. Si l'on a rapidement livré sortie à la collection purulente ; comme il a été fait dans tous les cas que nous publions, le petit malade dont l'état général est encore satisfaisant surmontera facilement son mal. Au contraire, si le pus a fusé vers les différentes régions que nous avons signalées, le pronostic s'assombrit considérablement.

Dans tous les autres cas le pronostic dépendra de l'affection primitive. C'est la lésion qui a déterminé l'abcès, liée à l'état du sujet, qui commande la situation. Si la cause ne peut être traitée, la suppuration persiste et le pronostic est des plus graves.

Traitement

Nous ne parlerons pas du traitement médical qui consiste en repos prolongé, en émissions sanguines locales, en onctions mercurielles et en injections de collargol. L'action de ce traitement, que l'on pourrait appeler traitement abortif, est vraiment trop incertaine, et pour éviter les complications souvent fatales, il y a intérêt au plus haut point à intervenir par une incision large et précoce (Albarran, Tuffier), suivant la technique dont nous allons parler.

On met le malade dans le decubitus latéral. L'incision est faite au bistouri. Elle porte sur le point fluctuant où la collection paraît le plus superficielle ; elle sera faite obliquement sur le bord externe et en dehors du carré des lombes, à quatre travers de doigt des apophyses épineuses, sur une longueur de six à sept centimètres (Tuffier). La poche superficielle étant évacuée, il faut toujours penser à l'existence possible d'un abcès en bouton de chemise. L'exploration profonde sera faite et on pourra alors sentir un orifice de communication ; le trajet intermédiaire sera débridé et on ouvrira largement le foyer profond.

Après avoir évacué le pus, il faudra mettre un gros drain et on fera pendant quelque temps de larges pansements humides ; mais auparavant il faudra explorer les organes voisins, le rein en particulier, et traiter si possible la cause. Quand l'infection est d'origine rénale, il peut être nécessaire de compléter l'ouverture de l'abcès par l'opération que commandent les lésions rénales ; ce sera parfois l'ouverture d'un petit abcès sous-capsulaire ; la néphrotomie est beaucoup plus rarement de mise ; la néphrectomie n'a que des indications véritablement exceptionnelles.

Si l'exploration des organes voisins ne décèle rien, la cicatrisation de l'abcès est très rapide.

Il sera permis de temporiser quand la collection se sera ouverte dans les bronches ou l'intestin, si l'état général du malade est satisfaisant ; sinon, il faudra intervenir rapidement, et on aura même peu de chances de succès.

CHAPITRE VII.

OBSERVATIONS ⁽¹⁾

OBSERVATION I.

(due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Thévenot)

Pierre D., âgé de 9 ans, entre à la Charité le 27 juillet 1903, dans le service du docteur Chatin, pour des accidents fébriles qui datent de 10 jours. L'origine de ces malaises nous échappent. Né de parents bien portants, l'enfant a eu la rougeole à l'âge de 3 ans, et n'a, depuis lors, cessé de se bien porter.

(1) Nous ne rapportons dans ce chapitre que les observations que nous avons pu reproduire in extenso. Ne figureront donc pas ici celles que les ressources de la Faculté ne nous ont pas permis de retrouver. Ce sont les observations de Loeb chez un enfant du sexe masculin âgé de 6 ans, de Rawdon chez un enfant de 6 ans, de Weber chez un fœtus, de Lannelongue chez un enfant, à la suite d'une rougeole et de Tuffier chez un enfant de 7 ans, à la suite d'une fièvre typhoïde.

A son entrée à l'hôpital, il continue à se plaindre de frissons, de maux de tête ; sa langue est sale et saburrale, mais il n'a ni vomissements, ni diarrhée. Le ventre n'est pas ballonné ; on ne note aucune tache rosée. Pas d'épistaxis. Pas de toux, malgré quelques gros râles humides. Pas d'albumine, ni de modification apparente des urines. La température oscille entre 38° et 39°. Le pouls bat à 100 ; il est fort, régulier. Cet état fébrile, persistant, ne s'accompagnant d'aucune autre manifestation clinique, fait songer, malgré tout, à une fièvre typhoïde. L'examen du sang fournit un séro-diagnostic négatif.

En examinant l'hypochondre gauche, pour reconnaître l'état de la rate, on finit par sentir une masse volumineuse, qui paraît faire corps avec la paroi abdominale postérieure, et siéger au voisinage du rein. Aussi, le malade est-il envoyé dans un service de chirurgie.

A son arrivée, le 21 août, on constate qu'il présente, dans la loge rénale gauche, une tuméfaction qui s'étend des fausses côtes jusqu'à la crête iliaque. Il est difficile, par le palper abdomino-lombaire, d'en délimiter le contour. Par contre, la fluctuation est des plus nettes. La pression à son niveau détermine une vive douleur. Cet abcès est ouvert par une incision lombaire ; il s'en écoule un pus épais, verdâtre, très abondant. La poche, qui est rétro-rénale, est drainée largement.

Les suites de cette intervention furent des plus simples et le 29 septembre, l'enfant quittait le service, définitivement guéri.

Les parents de cet enfant ont depuis quitté Lyon, et il nous a été impossible de le retrouver.

OBSERVATION II.

*(due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé
Nové-Josserand)*

Raymonde D..., 2 ans 1/2. A eu la varicelle, il y a quelques jours, et présente actuellement des boutons en voie de guérison. Entre à l'hôpital parce que, dit-on, elle est anémique. Depuis 15 jours, dit sa mère, elle se plaignait de douleurs, de picotements dans le dos, en même temps qu'elle cessait de marcher. On constate de suite une voussure de la région lombaire visible et sensible. En avant pas de tuméfaction appréciable à la vue. Les téguments sont normaux.

Au palper, on sent au niveau de la tuméfaction lombaire une masse dure, immobile, fusionnée avec les parties voisines et au niveau de laquelle la fluctuation est douteuse. La palpation du ventre fait sentir, au-dessous des fausses côtes, une tumeur qui dépasse le volume du poing, à surface un peu bosselée, très dure, mais dont on arrive assez bien à faire le tour. Cette tumeur est immobile, ne donne pas lieu au ballottement rénal et semble aussi plus profondément située et moins isolée des parties voisines que ne serait une tumeur du rein. L'enfant n'a pas d'hématurie ; son état général est resté bon (T. 37°8-38°2). Rien du côté de la colonne vertébrale, ni du côté de la plèvre. Elle se tient difficilement debout et ne peut arriver

à étendre complètement son membre inférieur gauche.
Ponction exploratrice qui tire du pus.

Incision lombaire ; évacuation d'une grande quantité de pus crémeux épais. L'exploration de la poche montre que cette collection n'a pas de rapport appréciable, ni avec la colonne, ni avec le rein, ni avec l'intestin.

Drainage.

On a trouvé dans le pus du staphylocoque.

OBSERVATION III.

Phlegmon périnéphrétique droit d'origine traumatique.

(Thèse de Nègre)

Gilb... Raymonde, six ans, entrée le 20 décembre 1898 au Pavillon Vidal, hôpital de la conception, à Marseille. Sortie guérie le 26 janvier 1899.

Antécédents personnels : rien de particulier. Par l'interrogatoire, nous apprenons que l'enfant, en sortant de l'école, reçoit un jour d'une de ses petites camarades une poussée violente. Elle tombe sur le dos et frappe sur le rebord d'un trottoir. La douleur ne l'empêche pourtant pas de se relever, de rentrer seule à la maison. Les jours suivants, l'enfant peut même se rendre à l'école.

Mais douze jours après sa chute, la jeune Raymonde se

plaint de douleurs vagues dans le dos. En même temps, elle a de la fièvre avec frissons intenses, et un médecin, appelé par la famille, administre de la quinine.

L'enfant reste chez elle environ un mois. Ce n'est que par suite de l'aggravation de son état que les parents se décident à la faire entrer à l'hôpital.

A son arrivée, on constate une émaciation marquée ; les jambes présentent un œdème cachectique très accentué.

L'examen des différents organes est négatif. Rien aux poumons, rien au cœur. Les urines sont rares, très colorées. Pas de pus, pas d'albumine, pas de sang.

L'enfant se plaint d'une douleur intense l'empêchant de se remuer dans son lit. Elle la localise nettement à droite, au niveau de la région lombaire.

Par la palpation du ventre on constate profondément dans le flanc droit une tumeur douloureuse, faisant partie du rein. Le palper bimanuel confirme les rapports rénaux de cette tumeur.

L'examen de la région lombaire ne montre pas de différence des deux côtés, sauf quelques veinules plus marquées du côté droit. Pas d'œdème, pas de rougeur de la peau. Toutefois la sensibilité est plus vive du côté droit que du côté gauche.

La pression méthodique des différents points du squelette de la région ne réveille pas de douleur. On constate une scoliose lombaire à convexité gauche ; la région est immobilisée pendant la marche ou la station debout. Rien du côté de la cuisse correspondante.

Le diagnostic de phlegmon périnéphrétique est posé, et, vu l'état général grave de la petite malade (T. 38°9), on décide l'intervention d'urgence.

Une longue incision postérieure mène rapidement sur le fascia rénal. On l'incise. Il s'écoule alors un flot de pus phlegmoneux, franc, bien lié. L'incision de la capsule est agrandie. Au niveau de la corne supérieure le doigt ramène des matières fécales, dures, modifiées par leur long séjour dans le pus. Il est néanmoins impossible, malgré une recherche consciencieuse, de trouver une communication avec l'intestin.

L'exploration du rein et du bassinnet ne fait pas sentir de calculs. Drainage. Pansement à la gaze salolée.

L'état de la petite malade s'améliore rapidement. Un mois après l'intervention, elle pouvait quitter l'hôpital.

OBSERVATION IV.

(Thèse de Nègre)

Em. Bab..., 8 ans. Entrée à l'hôpital d'Alger le 3 janvier 1901. Sortie le 18 avril 1901.

Fillette régulièrement développée, d'apparence vigoureuse. Ne présente rien à noter dans ses antécédents personnels.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'affection aiguë de l'appareil respiratoire. Mère malade. A longtemps souffert de fièvres palustres, actuellement traitée comme tuberculeuse.

Au mois de septembre 1900, l'enfant prend les fièvres de la plaine (type tierce) et éprouve du côté de la région splénique de violentes douleurs. La rate est encore grosse au moment de son entrée à l'hôpital d'Alger, dans le service du docteur Curtillet. On la sent au palper très nettement.

Vers la fin décembre 1900, l'enfant étant agenouillée à l'école, veut se relever. A ce moment, elle perçoit dans la région lombo-abdominale gauche un craquement et ressent aussitôt une vive douleur. Depuis ce jour, l'enfant accuse au niveau de la région rénale gauche une douleur pongitive continue. Elle présente en outre de la fièvre survenant par accès. Ces accès sont-ils un réveil de son paludisme, qui avec l'hiver avait disparu ? Sont-ils dus à l'infection ? On ne saurait le dire.

Quoi qu'il en soit, au moment de son entrée à l'hôpital, l'examen de la région malade fournit les renseignements suivants :

La peau n'est modifiée ni dans son aspect, ni dans ses qualités. Il n'y a pas de circulation complémentaire.

Par la palpation on détermine une douleur nettement localisée en dehors de la masse lombaire dans le sinus costo-iliaque.

Le palper bimanuel fait sentir très profondément une tumeur accolée le long de la colonne vertébrale, avec tous les caractères d'un abcès par congestion, quoiqu'il n'y ait aucun signe d'altération du côté du rachis.

Dans la station debout l'enfant infléchit le tronc du côté malade.

L'examen général de la petite malade ne révèle rien

de particulier. La percussion et l'auscultation du poumon en avant et en arrière n'indiquent rien.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'enfant présente des phénomènes dus à l'irritation du psoas (flexion et rotation en dedans de la cuisse correspondante). On pense à l'envahissement de la gaine et du muscle lui-même ; — une ponction exploratrice reste blanche.

On intervient alors par une incision lombaire s'étendant de l'angle costo-musculaire à l'épine iliaque antéro-supérieure.

En arrivant sur le feuillet antérieur de l'aponévrose du carré des lombes, on est frappé par la richesse de la circulation. Ce feuillet déchiré laisse s'écouler du pus mal lié, louche.

Le doigt explore alors une grande cavité communiquant par un pertuis avec la face postérieure du rein à travers l'aponévrose du psoas. En appuyant sur l'abdomen, on détermine une nouvelle irruption du pus. Il s'agit d'une poche en bissac faisant communiquer la loge périrénale avec le psoas iliaque.

Drainage. Pansements.

La guérison s'obtient lentement, à cause de la tendance de la cuisse à se remettre en flexion, ce qui oblige à poser à l'enfant un appareil à extension continue.

L'enfant sort pourtant guérie en avril 1901. Revue en ville depuis sa sortie de l'hôpital par le Dr Aboulker, celui-ci constate que le rein gauche est resté abaissé quoique fixe.

OBSERVATION V.

**Phlegmon périnéphrétique consécutif
à une appendicite.**

(Thèse de Nègre)

Paule C..., 7 ans. Entrée le 10 avril 1901 à l'hôpital d'Alger. Sortie le 1^{er} octobre.

Fillette lymphatique, souffreteuse. Affectée de rhinite atrophique et d'ozène.

L'enfant est depuis quelque temps sujette à des crises abdominales douloureuses. Il n'y a jamais eu de gravelle dans les urines. Il s'est agi sans doute de coliques appendiculaires.

A la suite d'une crise plus violente accompagnée de fièvre, vomissements, ballonnement du ventre, en mai 1901, apparaît dans la fosse iliaque droite une tuméfaction très marquée limitée à l'arcade crurale.

Le médecin appelé par la famille propose une intervention chirurgicale qui est refusée. Après un traitement médical par la glace, l'opium, les signes d'inflammation disparaissent. Néanmoins l'enfant ne reprenait pas ses forces, était sujette à des frissons et se plaignait de douleurs vagues dans les reins.

Cet état dure jusqu'au 10 août, époque à laquelle le

médecin traitant parvient enfin à décider la famille à envoyer la petite malade à l'hôpital.

A ce moment, l'enfant présente de la fièvre (T. 39°2) et accuse de la douleur au niveau du flanc droit.

Les urines ne renferment pas de pigments biliaires, pas de sucre, pas d'albumine. L'examen des organes n'offre rien à noter.

Sous le foie, profondément et dans le flanc, on sent un empâtement dont la pression éveille de la douleur. Au niveau du point de Marc Burney, la pression n'est pas douloureuse ; il n'y a pas de défense musculaire, pas d'hyperesthésie. Les fonctions intestinales sont d'ailleurs normales. Pas de constipation.

Par le toucher rectal on ne sent rien dans le cul-de-sac. Sous chloroforme la tumeur, par une palpation profonde, paraît nettement faire corps avec le rein.

Une longue incision de huit centimètres, en banderole dans le flanc, amène sous le péritoine, où on ne trouve rien. En poursuivant les recherches, vers le rein, le pus se fit jour. Le rein plongeait dans le pus. Pas de matières fécales, pas de calculs.

Du pus recueilli avec toutes les précautions nécessaires donna des cultures de coli-bacille.

Les suites furent simples, et l'enfant, sortie de l'hôpital guérie, n'a plus présenté depuis l'opération de crises appendiculaires.

OBSERVATION VI.

**Phlegmon périnéphrétique gauche consécutif
à une infection rénale.**

(Thèse de Nègre)

Giuseppe Nan..., 5 ans. Entre au Pavillon Vidal le 8 novembre 1898. Décédé le 26 décembre 1898.

Antécédents personnels. — Au moment de son arrivée à l'hôpital, l'enfant, âgé de 5 ans, souffre depuis longtemps, au dire des parents, depuis l'âge de 2 ans, de troubles de la miction.

Entré à la Conception, dans le service de notre maître, M. le D^r Lauzet, l'enfant fut sondé et on reconnut, après exploration vésicale, qu'il était atteint de lithiase. On trouva dans la vessie un calcul assez volumineux.

Les urines étaient chargées de pus ; les reins gros, douloureux au palper. Après quelques semaines de lavages de la vessie et de repos au lit, les urines s'étant clarifiées, on intervint par la taille hypogastrique, qui permit de retirer un calcul vésical urique central avec couches phosphatiques périphériques.

L'enfant allait bien. Pas de température. Les urines s'écoulaient bien. Quand brusquement le quatrième jour après l'opération, notre petit malade est pris d'anurie, de convulsions et meurt très rapidement.

A l'autopsie, on trouve dans l'uretère gauche un calcul rénal nouvellement émigré. Le rein était le siège d'une pyonéphrose calculeuse, et à la face postérieure de l'organe existait une vaste collection purulente.

L'examen des organes ne dénota rien de bien saillant.

Poumons : Congestion aux bases.

Foie : Rien.

Rate : Rien.

Cœur : Rien.

OBSERVATION VII.

Enorme phlegmon périnéphrétique consécutif à un traumatisme chez un enfant de 20 mois.

Buscarlet écrit ce qui suit :

« Le 30 avril dernier, jé suis appelé auprès d'un enfant
« que je trouve dans un état tout à fait désespéré : pâle,
« amaigri jusqu'à un état squelettique ; il est couché dans
« son lit, sans faire un mouvement, et fait entendre des
« plaintes continuelles. Il tousse et respire avec diffi-
« culté, de sorte qu'à première vue on le prendrait pour
« un tuberculeux à la dernière période.

« Mais en l'examinant, je trouve dans la région lom-
« baire, du côté gauche, une énorme tuméfaction qui
« s'étend longitudinalement de l'angle de l'omoplate

« jusqu'à la crête iliaque, et transversalement de l'épine
« dorsale au flanc gauche ; au niveau de cette tuméfaction,
« la peau est lisse, amincie, blanche, sillonnée de grosses
« veinosités, elle est tendue et à chaque mouvement de la
« respiration semble se distendre davantage. La forme de
« cette masse est allongée verticalement, elliptique, avec
« un léger rétrécissement à sa partie moyenne.

« Elle est manifestement fluctuante, mais très tendue ;
« on constate facilement qu'il s'agit d'une collection puru-
« lente, laquelle est immédiatement sous la peau, qui,
« comme nous l'avons déjà dit, est amincie et distendue,
« mais sans aucune rougeur.

« Au premier abord, il semblerait qu'on ait affaire à
« un abcès froid, et les premiers renseignements que la
« mère donnait, c'est-à-dire que l'enfant aurait fait une
« chute suivie de douleurs dans la colonne vertébrale,
« étaient faits pour nous induire en erreur. Mais en
« approfondissant l'interrogatoire, j'apprends que les
« choses se sont passées de la manière suivante :

« L'enfant qui avait toujours été bien portant et que la
« mère nourrissait encore au sein, le 5 février de cette
« année (il avait alors 20 mois), tomba ce jour-là d'un lit
« élevé sur le sol ; personne ne se trouvant là dans ce
« moment, ce n'est que plus tard qu'on le trouva sur le
« dos ; on le releva et d'abord il semblait n'avoir aucun
« mal. Mais au bout de quelques jours, la mère s'aperçut
« qu'on ne pouvait le soulever par les bras sans le faire
« crier. Le 10 mars survint de la fièvre, l'enfant ne man-
« geait plus. Le 25 du même mois, les urines devinrent
« rouges et laissèrent pendant toute une journée un dépôt
« verdâtre comme des caillots de sang.

« Depuis ce jour l'enfant dut garder le lit, il ne pouvait
« plus se tenir debout. Dès ce moment, la toux quinteuse
« accompagnée d'oppression, s'installa et le 9 avril, la
« région lombaire devint bombée, fièvre continue avec
« accès le soir, anorexie complète, l'enfant vomissait et
« avait de la constipation. La mère avait cessé de lui
« donner le sein depuis qu'il était malade ».

« Enfin, 8 jours avant notre visite, il y aurait eu du
« pus dans les garde-robes ».

« Pendant tout ce temps, l'enfant fut laissé entre les
« mains éclairées d'un rebouteur ! qui, pensant à une
« fracture de côte, lui appliqua des emplâtres. Ce n'est
« que lorsque l'enfant fut arrivé à l'état d'épuisement et
« de marasme que nous avons décrit, que sur le conseil
« des voisins, la mère se décida à appeler un médecin ».

« D'après ces renseignements et l'examen du patient,
« je vois qu'il s'agit d'une collection purulente de la région
« lombaire, collection superficielle, mais qui doit commu-
« niquer avec une poche plus profonde périnéale ou pleu-
« rale. Je me décide à faire d'abord une simple ponction
« pour vider cette poche plus lentement ; il s'enécoule une
« quantité considérable d'un pus verdâtre, sans odeur,
« bien lié, un pus d'abcès chaud, environ trois quarts de
« litre. Une fois la poche superficielle vidée, elle se rem-
« plit à nouveau plusieurs fois, et se tend dans les mou-
« vements d'inspiration, ce qui confirme mon idée d'une
« poche plus profonde. A la fin, il s'écoule un sang noi-
« râtre en assez grande quantité. A la suite de cette
« ponction, que l'enfant supporte très bien, l'appétit
« revient un peu, la respiration est plus facile et la matité

« thoracique a disparu ; le petit malade va à la selle
« facilement ».

« Quelques jours plus tard, les forces sont un peu
« revenues avec l'appétit ; la toux a cessé mais la fièvre
« persiste et la poche s'est de nouveau un peu remplie.
« Je fais alors une large incision dans la région lombaire ;
« il s'écoule un liquide brunâtre hémorragique, et en
« introduisant mon doigt dans la plaie, je pénètre par un
« orifice intermusculaire dans une poche plus profonde
« dont je détruis la cloison et qui entame le rein gauche.
« C'était donc bien un abcès en bouton de chemise. Après
« un bon lavage à l'eau phéniquée faible, je fais un tam-
« ponnement iodoformé qui arrête l'hémorragie assez forte
« qui s'est produite ».

« Le lendemain, l'enfant va beaucoup mieux, est pris
« d'un appétit dévorant et en 8 jours, il a repris de l'em-
« bonpoint, dort bien, la fièvre est tombée, l'écoulement
« purulent a lieu rapidement et actuellement le patient est
« absolument guéri sans fistule ».

CONCLUSIONS

I. — Les phlegmons périnéphrétiques, en raison du faible développement de la capsule adipeuse chez l'enfant, sont rares à cet âge, mais il n'est pas impossible de les y rencontrer.

II. — Comme chez l'adulte, ils sont parfois consécutifs à un traumatisme et résultent de l'infection plus ou moins tardive d'un hématome. Ils sont quelquefois secondaires à une infection rénale ou à une infection intestinale, biliaire, etc. Avec notre maître, le Professeur Rochet, nous pensons que ces phlegmons sont toujours secondaires, et que le phlegmon périnéphrétique primitif reste très douteux, sauf peut-être après les grandes infections médicales ou chirurgicales (variole, scarlatine, pyohémie, etc.)

III. — Le pus est d'ordinaire rétro-rénal, et tend à fuser du côté du petit bassin.

IV. — Les signes de début sont vagues et imprécis. Des phénomènes généraux, des douleurs lombaires

peuvent exister seuls pendant assez longtemps ; plus tard, l'apparition d'une tumeur lombaire molle, fluctuante, facilite notablement le diagnostic de cette affection.

V. — Cette allure clinique nous explique la difficulté de différencier cette affection de la fièvre typhoïde ; la confusion possible avec le lumbago, la coxalgie, la psorite, en raison des douleurs, de l'attitude vicieuse ; la similitude plus ou moins marquée avec les pyonéphroses, l'appendicite, etc.

VI. — L'incision lombaire de la collection est le seul traitement qui puisse être proposé. Les lésions causales (pyélonéphrite, abcès rénaux, ulcérations intestinales, etc.) pourront nécessiter un traitement complémentaire dans le détail duquel nous ne pourrions entrer sans sortir des cadres de cette étude.

Vu :

Le Président de la Thèse,

V. ROCHET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 novembre 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TUFFIER. — De la capsule adipeuse du rein (Revue de chirurgie, 1890. Page 390).

GIBNEY. — Chicago Médical Journal, 1880.

BUSCARLET. — Revue médicale de la Suisse romande, 20 juillet 1894.

RAWDON. — Britisch Méd. Journal, 1878.

LOEB. — Jahrb. J. Kind, 1874.

TOWSEND. — Périnéphritis in Children. J. Am. M. Ass. Chicago, 1904.

NÈGRE. — Thèse Montpellier, 1903. Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant.

TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, Tome III. Page 740.

LANCEREAUX. — Art. rein du Dictionnaire Dechambre.

RAYER. — Traité des Maladies des reins. Tome III. Page 244.

GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale. Tome II. Page 740.

HALLÉ. — Thèse Paris, 1863. Du phlegmon périnéphrétique.

VIGNARD ET THÉVENOT. — Journal d'urologie médicale et chirurgicale, 15 mars 1912. La Tuberculose rénale chez l'enfant.

~~~~~

Imprimerie DUCROS et LOMBARD. — Valence.

~~~~~